

中之条町チャイルドシート購入補助金交付申請書兼実績報告書

平成 年 月 日

中之条町長 様

住 所 中之条町大字

申請者 氏 名 印
(電話番号)

次のとおり、中之条町チャイルドシート購入補助金の交付申請及び実績報告を致します。

購 入 品 内 訳	購 入 品 目	乳児用チャイルドシート (乳児専用 ・ 乳幼児兼用 ・ 幼児専用)
	購 入 日	平成 年 月 日
	購 入 価 格	円 (税込み)
補 助 金 交 付 申 請 額		円 (購入額の1/2。1,000円未満切り捨て、10,000円上限)
対 象 の 児	氏 名	
	生 年 月 日	平成 年 月 日

※添付書類 領収書（購入価格のわかる書類）・取扱説明書

振 込 先 金 融 機 関		銀 行 農 協 金 庫 信用組合		本店 支店
	預 金 種 別	普 通 ・ 当 座	口座番号	
	フリガナ			
	口 座 名 義 人			

【町税・住民登録の閲覧同意】

私は、中之条町チャイルドシート購入補助金申請に必要な事項として「町税納入状況の閲覧」「住民登録の閲覧」について担当係員が調査閲覧することに同意します。

氏 名 印

※町使用欄	町税納入状況		住民登録	
-------	--------	--	------	--